



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 210/67 - A veces creo que me va a estallar la cabeza

L. Silvana Bañagasta<sup>a</sup>, C. Ramallo Holgado<sup>b</sup>, D.L. García Santos<sup>c</sup>, F. Rosique Gómez<sup>d</sup>, M. Ruiz Sanchez<sup>d</sup> y E. Madrid Sánchez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mazarrón. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 42 años que refiere cefalea holocraneal desde hace aproximadamente un mes que solo cede en forma parcial y puntual al tomar medicación analgésica. El dolor se acompaña de “inestabilidad” que asocia a cambios posturales que debe realizar frecuentemente ya que trabaja como peón agrícola. El paciente es originario de Marruecos, vive en España desde hace años y niega viajes al extranjero. No ha tenido fiebre ni ninguna otra clínica. No tiene antecedentes personales de interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. C y O en tres esferas. Eupneico. Normohidratado. Normocoloreado. Exploración neurológica: pupilas isocóricas normoreactivas. Campimetría por confrontación normal. Fondo de ojo: no edema de papila. Pares craneales centrados. Lenguaje fluido sin elementos afásicos, no disartria. No signos meníngeos, no rigidez de nuca. No alteraciones de la fuerza ni de la sensibilidad en cuatro extremidades. Se solicita TAC craneal donde se visualiza un lesión hiperdensa nodular de 7 mm en el polo medial del lóbulo temporal derecho que contacta con la porción supraclinoidea de la arteria cerebral media derecha. Tiene serología de hepatitis y VIH negativas. Se contacta desde atención primaria con neurología del hospital de referencia donde se ingresa para completar estudio. ECG: ritmo sinusal a 85 lpm sin alteraciones agudas de la repolarización. Rx tórax: sin alteraciones. Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación dentro de límites normales. AngioRMN cerebral: aneurisma de 8 milímetros en rama inferior de bifurcación de arteria cerebral media derecha. Resto sin hallazgos. El paciente durante su estancia en observación a la espera de completar estudios continuaba con cefalea holocraneal con buena respuesta a medicación iv. Se habla con neuroradiología intervencionista para programar embolización que se realiza sin complicaciones.

**Juicio clínico:** Aneurisma cerebral.

**Diagnóstico diferencial:** Ictus, cavernoma. infecciones SNC.

**Comentario final:** Es muy importante no menospreciar la cefalea como síntoma, y más en pacientes con barrera idiomática. No solo debemos limitarnos a aliviar el dolor, debemos investigar más allá si la clínica no mejora sin dudar en solicitar las pruebas que sean convenientes. Tras el procedimiento consulta nuevamente por continuar con episodios de cefalea. Neurocirugía cataloga de “cefaleas tensionales” recomendando tratamiento con paracetamol si dolor y revisión a los dos meses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Gil A, Vega P, Murias E, Cuella H. Balloon-assisted extrasaccular coil embolization technique for the treatment of very small cerebral aneurysms. *J Neurosurg.* 2010;112:585-8.
2. Van Dijk JM, Groen RJ, Ter Laan M, Jeltema JR, Mooij JJ, Metzemaekers JD. Surgical clipping as the preferred treatment for aneurysms of the middle cerebral artery. *Acta Neurochir (Wien)* 2011;153: 2111-7.
3. McDougall CG, Spetzler RF, Zabramski JM, Partovi S, Hills NK, Nakaji P, et al. The Barrow rupture trial. *J Neurosurg.* 2012;116:135-44.
4. Pierot L, Cognard C, Spelle L, Moret J, Safety and Efficacy of Balloon Remodeling Technique during Endovascular treatment of intracranial Aneurysms: Critical Review of the Literature. *Am J Neuroradiol.* 2012;33:12-5.